FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — N° 128

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean PELLEGRIN

Né à Grasse, le 17 mars 1903

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

LES ADÉNITES VÉNÉRIENNES DE L'AINE SANS CHANCRE

Président : M. GOUGEROT, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean PELLEGRIN

Né à Grasse, le 17 mars 1903
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

LES ADÉNITES VÉNÉRIENNES DE L'AINE SANS CHANCRE

Président : M. GOUGEROT, *Professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1930

DOYEN . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ
Bactérioliogie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laringologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeurs sans chaire	BRANCA. MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN. . Pathologie médicale.
BÉNARD (H.) Pathologie médicale.
BINET . . . . Physiologie.
BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
BROCQ . . . Pathologie chirurgicale
BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
CATHALA . . Pathologie médicale.
CHABROL . . Pathologie médicale.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.
De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
DOGNON. . . Physique.
DONZELOT . . Pathologie médicale.
ÉCALLE . . . Obstétrique.
FEY . . . . . Urologie.
GARNIER . . Pathologie expériment[le]
GASTINEL . . Bactériologie.
GATELLIER . Pathologie chirurgicale
GIROUD . . . Histologie.
HARVIER. . . Pathologie médicale.
HOVELACQUE Anatomie.
HUTINEL. . . Pathologie médicale.
JOANNON. . . Hygiène.
JOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX. . . Anatomie pathologique.
LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
LIAN. . . . Pathologie médicale.
MERCIER (F.) Pharmacologie
MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
MOREAU. . . Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
MULON. . . . Histologie.
OBERLING. . Anatomie pathologique
OLIVIER. . . Anatomie.
PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
PORTES . . . Obstétrique.
QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
RICHET. . . . Physiologie.
SÉZARY . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
VALLERY-RADOT-PASTEUR, Pathologie médicale.
VAUDESCAL. Obstétrique
VELTER. . . . Ophtalmologie.
VERNE. . . . Histologie.
VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. . . . . Pharmacologie.
GUÉNIOT. . . . . Obstétrique.
LEQUEUX . . . . . Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.
RETTERER. . Histologie.
ZIMMERN. . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALGLAVE . .	Clinique chirurgicale.	LERI.	Clinique médicale.
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.	PROUST. . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique méd.	SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. .	Clinique Obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En témoignage d'affectueuse reconnaissance.

A MES FRÈRES

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. GOUGEROT

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.
Président de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale.

Qui nous a inspiré ce travail et guidé de ses conseils bienveillants.
Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre attachement.

A Monsieur le Docteur F. TRÉMOLIÈRES

Médecin de l'Hôpital Boucicaut.

Hommage de profonde gratitude.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE MARSEILLE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

A Monsieur le Professeur agrégé Ch. JOYEUX

Au Docteur A. CARTEAUD
Chef de clinique à la Faculté

Au Docteur R. COHEN
Ancien Interne des hôpitaux de Paris

LES

ADÉNITES VÉNÉRIENNES DE L'AINE SANS CHANCRE

INTRODUCTION

Au cours de l'année passée dans le service de clinique de l'hôpital Saint-Louis, il nous a été donné d'observer plusieurs cas de bubons sans chancrelle,

La fréquence de ces cas, les problèmes cliniques qu'ils posent, nous ont incité à reprendre leur étude en l'étendant aux autres adénites vénériennes sans chancre.

C'est sur les conseils de notre Maître, le Professeur Gougerot, que nous avons entrepris cette tâche.

Sous le titre d'adénites vénériennes de l'aine sans chancre, nous comprenons le bubon chancrelleux, les adénites syphilitiques et chancrello-syphilitiques sans chancre. Nous faisons entrer dans le même cadre la maladie de Nicolas Favre.

Après l'historique, nous nous proposons d'exposer les observations et l'étude clinique et bactériologique des adénites vénériennes d'emblée. Le diagnostic différentiel fera l'objet du chapitre suivant.

Nous envisagerons enfin les différentes hypo-

thèses pathogéniques. Ce travail sera pour nous l'occasion de développer plus particulièrement les notions nouvellement acquises comme la maladie de Nicolas-Favre ou encore à l'étude, comme le bubon climatique.

HISTORIQUE

La fréquence des syphilis ignorées est une notion classique. Leur nombre s'est encore accru depuis la pratique systématique de la réaction de Bordet-Wassermann. Fréquentes sont les manifestations organiques de la syphilis, comme le tabès, l'aortite ou la paralysie générale, qu'il est impossible, malgré l'étude minutieuse des antécédents du malade, de rattacher à un accident primaire.

Quand s'il s'agit d'une manifestation aussi tardive qu'un tabès, il est aisé de dire que le début de l'affection est oublié du malade ou lui a échappé.

Mais s'il s'agit d'une roséole ou d'une adénopathie primitive, le problème se pose d'une façon plus précise et l'étude des commémoratifs se limitant à un temps très court, la question peut être serrée de plus près.

Or, nombreuses sont les observations de malades porteurs d'adénites inguinales spécifiques et de roséole récente chez qui l'examen et l'interrogatoire ne révèlent pas la moindre érosion, la plus petite cicatrice dans le territoire cutané correspondant à l'adénite.

La même constatation se répète pour des bubons qu'il est impossible de rattacher à leur chancrelle,

accident cependant douloureux et paraissant, de ce fait, devoir attirer l'attention du malade.

La syphilis héréditaire, la syphilis conceptionnelle, la syphilis par inoculation sanguine, expérimentale ou accidentelle, sans chancre, sont admises.

Pourquoi, en dehors de ces cas reconnus partout, veut-on que toute syphilis débute par un chancre ? Il n'y a pas de maladies où un seul symptôme soit nécessairement constant.

La question des bubons et des syphilis d'emblée divisa de bonne heure les syphiligraphes.

Voici comment s'exprime Vidal en 1842, dans son traité des maladies vénériennes : « Le bubon vénérien peut survenir après une ulcération ou une simple inflammation de la peau par le virus vénérien ou bien par une solution de continuité traumatique, ou même, sans altération de ces téguments, par absorption physiologique. »

Mais nous devons reconnaître que ses observations cliniques manquent de précision.

Reynaud (de Toulon), Baumès et Gibert donnent plusieurs observations de bubon d'emblée donnant lieu à des accidents secondaires.

Ricord (Recherches critiques et expérimentales sur l'inoculation) nie le bubon d'emblée. « Pour que le bubon d'emblée eut lieu, il faudrait que les vaisseaux lymphatiques eussent des bouches ouvertes sur les surfaces muqueuses et cutanées, car dans l'hypothèse qui veut que toute absorption

soit suivie d'imbibition, les tissus qui s'imprègnent du pus du chancre seraient d'abord infectés, ce pus produisant de nécessité l'inflammation ulcérative partout où il pénètre.

Pour Fournier, comme pour Ricord, il n'y a pas de syphilis sans chancre.

Fournier a recueilli à l'appui de cette thèse une statistique de 826 syphilitiques, porteurs d'accidents secondaires et tertiaires. Sur 815, le chancre fut retrouvé, 11 cas paraissaient faire exception à la règle ; mais Fournier considère qu'il s'agit là de chancres extra-génitaux passés inaperçus ou de syphilis héréditaire.

L'opinion de Ricord est discutée par H. de Castelnau dans les *Annales des maladies de la peau de Cazenave* (1850). Pour cet auteur, l'absorption du pus de chancre peut se faire sur un épiderme sain et à plus forte raison à travers les muqueuses du gland ou de la vulve.

Outre plusieurs observations cliniques, il apporte les exemples d'empoisonnement par les substances toxiques déposées sur la peau et l'absorption par celle-ci de médicaments, comme le mercure.

La même année et dans les mêmes annales, Chausit rapporta une observation de bubon chaud suppuré, sans porte d'entrée, survenu 6 jours après le coït et suivi au bout de 13 mois de syphilides pustuleuses de la face, cédant au protoïodure de mercure. Il insiste sur l'absence de porte d'entrée et il conclut en faveur d'un bubon syphilitique

« Parce qu'il n'y avait ni blennorragie, ni chancre, ni pustule plate, ni plaie accidentelle... parce que c'était la première fois que le malade contractait une maladie vénérienne ; enfin parce que le bubon a été au bout de 13 mois, sans contamination nouvelle, suivi d'accidents qu'on nomme constitutionnels. »

Gambérini cite, dans le même ouvrage, 4 observations d'adénites suivies dans les délais classiques de syphilides et de douleurs ostéocopes. Dans toutes, l'examen clinique est minitieux. « Dans notre première observation, un chirurgien, appelé auprès du malade, ne découvre ni chancre, ni blennoragie ; le malade lui-même, comme dans les trois autres observations, examina attentivement ses parties génitales et les trouva tout à fait saines. Le gland découvert n'est le siège d'aucune ulcération et l'émission d'urine se fait librement et sans douleur. »

La question en était là, quand en 1872 Daniel Mollière apporta 2 observations avec inoculation positive de bubons chancrelleux d'emblée.

Une d'elles est particulièrement suggestive : il s'agit d'un phobique venant se faire observer avant l'apparition de tout accident et chez qui on peut suivre l'évolution du bubon sans coexistence de porte d'entrée.

Diday, qui avait d'abord soutenu la théorie adverse reconnut les faits et apporta lui-même, en leur faveur, la même année, une observation de

bubon d'emblée chancrellisé avec auto-inoculation positive.

Un autre cas identique est dû au Professeur Proféta de Palerme.

Julien essaye d'expliquer ces faits cliniques dans son traité des maladies vénériennes (1889). « Nous sommes, dit-il, forcés de reconnaître qu'au point de vue physiologique cette doctrine ne présente rien d'inadmissible et en désaccord avec les lois qui président l'absorption. »

Au Congrès de Dermatologie et de Syphiligraphie, tenu à Lyon en août 1894, Cordier reprend la question de la syphilis d'emblée. « Depuis longtemps déjà dit-il, j'ai suivi avec persévérance les malades qui tourmentés par un coït suspect, guettent chaque matin l'éclosion d'un accident primitif. » Et d'après ses observations, il considère que la syphilis se manifeste par des accidents secondaires initiaux dans 27 % des cas.

Il cite deux ou trois observations de syphilis secondaires sans chancre, mais aussi sans adénopathie.

Verchère cite également, au Congrès de Rome (1894), un cas de syphilis ayant débuté par des accidents secondaires, sans qu'une surveillance attentive lui permit de constater un accident primitif.

Enfin Kaposi (Pathologie und thérapie der syphilis 1901) cite des cas de syphilis, sans accident primaire et sans traces d'ulcération ou de cicatrices génitales.

En 1905, la découverte par Schaudinn et Hoffmann du tréponéma pallidum. En 1906, l'application par Wassermann, Neisser et Brûck, de la réaction de Bordet-Gengou à la syphilis, la découverte antérieure par Ducrey du bacille du chancre mou et son étude par Unna, Charles Nicolle, Besançon, Griffon et Lesourd, vont permettre de porter les adénites sans chancre sur le terrain de la bactériologie et de différencier leur étude.

Nicolaü, en 1916, appelle l'attention sur la fréquence des syphilis ignorées, décélées par la réaction de Wassermann et émet les deux hypothèses de syphilis d'emblée et de syphilis cryptogénétique (voir *infra* : pathogénie).

Il cite (1) le cas d'un médecin venant consulter pour une roséole non précédée de chancre ou de bubon, mais il fait des réserves sur la possibilité d'accident initial cryptogénétique, en raison de troubles gastriques survenus au moment où aurait dû apparaître le chancre. A cette observation personnelle, Nicolaü ajoute 3 autres cas qu'il nous paraît intéressant de résumer :

Observation I. — Un jeune homme surveillé médicalement dès le rapport suspect, voit se développer dans les délais classiques une adénopathie inguinale suivie 3 mois après d'une éruption secondaire typique.

Observation II. — Observé par un médecin sur lui-même.

1. Nicolaü, Sur un cas d'infection cryptogénétique. *Annales de Dermato.*, juillet 1926, t. VI, nº 4, p. 186.

Rapport suspect ; observation dès le lendemain d'excoriations banales immédiatement détruites par cautérisation. Cicatrisation rapide de la plaie opératoire, sans développement de chancre, mais secondairement roséole.

Observation III. — Un médecin se pique avec une aiguille dont il s'était servi dans le traitement d'une syphilis secondaire. Au bout de 19 jours, roséole sans adénopathie et sans chancre.

Remarquons que dans le dernier cas, l'infection par voie sanguine paraît brûler les étapes. L'éruption secondaire a lieu 19 jours après la piqûre.

Pour Gaucher, « le chancre est l'accident initial, on peut dire obligé, de la syphilis...

« Il est avéré cependant que dans un nombre restreint de cas, le chancre peut faire défaut. C'est alors que la syphilis a été inoculée profondément par la voie sanguine. La lésion chancreuse n'étant que la réaction de l'épiderme atteint par le virus syphilitique, on comprend que, si l'inoculation s'est faite non sur l'épiderme, mais profondément par l'introduction du poison spécifique dans la circulation générale, la réaction épidermique puisse manquer. »

Gaucher cite le cas d'un chirurgien blessé avec un bistouri pendant une opération de malade en période secondaire, et qui vit, 6 semaines après l'accident, se développer une roséole.

Ce cas par inoculation sanguine directe est à rap-

procher des cas cités par Nicolaü et des observations récentes de syphilis par transfusion sanguine.

Constantinescou et Vataman rapportent un cas de syphilides secondaires, vulvaires et amygdaliennes, en corymbe, sans accident initial, avec céphalée et B.-W. positif, chez un malade transfusé 2 mois 1/2 auparavant pour anémie aiguë.

Le donneur présentait des syphilides érosives des organes génitaux et des amygdales et un B.-W. fortement positif.

Ces cas sont rares : 2 observations analogues ont été publiées par Spilmann et Morel et Vladimir Feldmann.

A côté des syphilis sans chancre, hématogènes, par inoculation intra-vasculaire sanguine, Audry (de Toulouse) et Le Chatelier reconnaissent l'existence de syphilis par « inoculation percutanée » sans syphilome initial.

Ils apportent 4 observations d'adénites sans chancre, à B.-W. positif, mais reconnaissent n'avoir pas pratiqué l'examen bactériologique du suc ganglionnaire.

Il faut arriver aux travaux de M. le Professeur Gougerot, pour que les adénites vénériennes, sans porte d'entrée, soient isolées, tant par des preuves cliniques que bactériologiques, des autres affections de l'aine. La classification qu'en donne le Professeur Gougerot sera celle que nous suivrons.

Au cours de cette étude, nous aurons à emprunter assez souvent aux travaux de notre maître,

pour ne pas les développer plus longuement ici.

Nous ne voulons pas terminer cet historique, sans parler de la maladie de Nicolas-Favre, encore connue sous les termes de lymphogranulomatose inguinale subaiguë, granulome inguinal, ulcère simple adénogène, quatrième maladie vénérienne, poradénie.

M. Ravaut l'a appelée « poradéno-lymphite suppurée bénigne, à forme septicémique ». Elle était déjà étudiée par Chassaignac sous le nom de suppuration intra-ganglionnaire des adénites aiguës de l'aine. Velpeau, en 1865 la nomme abcès parenchymateux de l'aine. Dans une de ses cliniques, Nélaton donne une bonne description « des adénites subaiguës simples à foyers intra-ganglionnaires ».

Lejars, sous le nom de « bubon strumeux de l'aine ». L'Hardy dans sa thèse (Paris, 1895), ont individualisé les principaux caractères cliniques de cette affection. Marion et Gandy la rangent dans les adénites tuberculeuses.

Avec les travaux contemporains de MM. Nicolas et Favre, et les thèses de leurs élèves Gaté (1913) et Phylactos (1921), l'école de Lyon précise la description clinique de cette affection, met en valeur ses caractères anatomo-pathologiques et étudie son étiologie. Nous aurons l'occasion de revenir plus loin sur ces travaux.

ANATOMIE DES GANGLIONS DE L'AINE

Les ganglions de la région inguino-crurale se divisent en ganglions superficiels et profonds.

Les ganglions inguinaux superficiels occupent toute la région du triangle de Scarpa et sont situés dans l'épaisseur du fascia transversalis.

Conventionnellement, deux lignes, l'une verticale, l'autre horizontale, se coupant au niveau de l'embouchure de la saphène, les divisent en quatre groupes: supéro-interne, supéro-interne, inféro-externe, inféro-externe. Les ganglions des groupes inférieurs ont leur grand axe dirigé verticalement; les ganglions des groupes supérieurs ont leur grand axe transversal.

Vaisseaux afférents : En général, les ganglions des groupes supérieurs reçoivent les lymphatiques de la paroi abdominale, du périné, de l'anus, du scrotum et de la verge chez l'homme, de la vulve chez la femme. Les ganglions des groupes inférieurs reçoivent les lymphatiques du membre inférieur.

Vaisseaux efférents : Ils perforent l'aponévrose fémorale et se rendent aux ganglions inguinaux profonds ou aux ganglions iliaques externes.

Les ganglions inguinaux profonds sous-aponévrotiques, sont peu volumineux et se logent en dedans

de la veine fémorale. Leur nombre varie de 1 à 3. Le plus élevé (ganglion de Cloquet) occupe la partie interne de l'anneau crural.

Les vaisseaux afférents viennent des ganglions superficiels, des lymphatiques satellites des vaisseaux fémoraux, des lymphatiques du gland et du clitoris.

Les vaisseaux efférents se terminent dans les ganglions rétro-cruraux internes et externes (ganglions repères de Lejars) que l'on examinera toujours dans les affections de l'aine en déprimant fortement la paroi abdominale derrière l'arcade crurale.

OBSERVATIONS

Bubons chancrelleux sans chancre.

Observation I

B... consulte le 13 novembre 1929 pour un bubon de l'aine gauche apparu le 15 octobre. Le malade est un ancien syphilitique : en 1922 chancre induré traité régulièrement à Beaujon pendant 3 ans, puis à Saint-Louis depuis 1925. Depuis plusieurs années les B.-W. sont négatifs. Le malade est marié et a un enfant bien portant.

Cet homme a eu le 15 juillet 1929, un coït extra-conjugal, qui a été suivi 5 jours après d'une blennorragie traitée et guérie à Saint-Louis.

Le 15 octobre, deux mois après le coït, un mois après la fin de sa blennoragie apparaît une adénite de l'aine gauche, douloureuse, qui augmente rapidement et, empêchant tout travail, oblige le malade à entrer à l'hôpital le 13 novembre.

A l'examen, on constate dans le pli inguinal gauche un bubon volumineux, gros comme un œuf de poule, rouge, fluctuant, adhérent à la peau et sur le point de s'abcéder.

L'examen de la verge est négatif : aucune trace de chancre sur le gland et dans le sillon balano-préputial. Cependant on constate sur le fourreau une petite cicatrice pigmentée ; mais elle date de 1922 et, aux dires du malade, elle est la trace de l'accident primaire contracté à cette époque.

Nous examinons l'anus, le périné, le scrotum, les membres inférieurs. Nulle part, nous ne découvrons d'érosion ou de cicatrice.

En l'interrogeant, le malade nous apprend qu'ayant eu des doutes sur la santé de sa partenaire, il avait procédé à un examen journalier et minutieux de ses organes génitaux, « craignant, nous dit-il, d'avoir de nouveau un chancre, comme en 1922 ». Il n'avait rien constaté.

La ponction du bubon ramène 5 cm^3 d'un pus épais et jaunâtre.

L'examen microscopique de ce pus, révèle des polynucléaires désagrégés et deux éléments microbiens suspects, ne prenant pas le gram.

Une deuxième ponction est pratiquée et ramène d'assez nombreux bacilles, en navettes, à centre clair, gram négatif qui sont sans aucun doute des bacilles de Ducrey.

Nous pratiquons une intra-dermo-réaction de Dmelcos au bras gauche. Le lendemain, on constate à ce niveau une papule urticarienne de 2 centimètres de diamètre, rouge, douloureuse, entourée d'une auréole érythémateuse.

La réaction témoin est négative.

Trois réactions de B.-W. sont négatives (H8).

Le malade est traité par des injections locales de bactériophage.

Observation II

M..., âgé de 34 ans, entre le 2 octobre 1927 pour ganglions de l'aine multiples et suppurés, datant d'un mois environ.

Au début de juillet il a eu une blennorragie traitée et guérie

rapidement. Le 1er septembre M... a de nombreux rapports avec différentes femmes de rencontre. Six jours après le dernier coït, apparaissent des ganglions douloureux dans les deux aines, avec prédominance à gauche.

Le malade dit n'avoir rien observé au niveau de la verge. L'examen actuel, le 2 octobre 1927, ne révèle en effet aucune cicatrice à ce niveau.

L'examen de l'anus et des membres inférieurs est également négatif. Dans le pli inguinal gauche, on constate un ganglion rouge, douloureux, gros comme un œuf de pigeon ; dans le pli inguinal droit, deux autres ganglions superposés de même volume, l'inférieur étant plus ramolli et plus douloureux que le supérieur.

La ponction des ganglions ramène environ 10 cm^3 d'un pus jaunâtre, bien lié, dans lequel on caractérise, au microscope, le bacille de Ducrey.

L'intradermo n'est pas pratiquée.

Deux réactions de Bordet-Wassermann sont négatives, à une semaine d'intervalle.

Observation III

M... 48 ans, entre le 28 septembre 1927 pour un bubon inguinal droit datant du 25 août. Le 21 août, il a eu des rapports répétés avec une femme de rencontre. Le malade affirme n'avoir rien observé sur sa verge, dans les jours qui suivirent.

Le bubon a déjà été traité en ville par des applications de pommade iodée, sans aucune amélioration.

A l'examen du 28 septembre 1929, on constate dans l'aine

droite un bubon unique, du volume d'un œuf de poule, ovoïde, enflammé et douloureux, sans signes de suppuration.

L'examen de l'anus, du périné, des membres inférieurs, de l'abdomen, ne révèle aucune lésion dans les territoires cutané et muqueux, correspondant au ganglion.

Il n'y a pas d'écoulement blennorragique ; on ne peut relever sur la verge aucune cicatrice ou pigmentation anormales.

Une intra-dermo-réaction au Dmelcos est pratiquée au niveau du deltoïde droit ; une injection témoin d'eau distillée est faite au niveau du deltoïde gauche.

Le lendemain, on note à droite, une papule érythémateuse nettement positive.

Dès son entrée, le malade a été soumis aux injections intra-veineuses de Dmelcos. Dès la première injection, le bubon se ramollit et s'ouvre spontanément.

L'examen du pus montre alors du bacille de Ducrey.

Trois réactions de Bordet-Wassermann sont négatives.

Après la quatrième injection de Dmelcos, le malade sort le 12 septembre, sur sa demande ; le bubon est affaissé mais suppure encore.

Le 28 octobre, le malade entre de nouveau, le bubon s'est réchauffé et suppure abondamment. Mais, en outre, on trouve au niveau de l'injection intra-dermique de Dmelcos, une ulcération arrondie, creusant en profondeur, à bords décollés, à fond purulent. Une zone inflammatoire la cercle. L'examen microscopique révèle du bacille de Ducrey.

Observation IV

Due à l'obligeance du Pr Gougerot.

(Présentée par MM. Gougerot, P. Blum et Garnier à la séance inaugurale de la Société de Dermatologie de Lyon, janvier 1929.)

Roséole sans chancre avec adénite inguinale classique.

Le 16 janvier 1929, P... René, 25 ans, se présente à la consultation du soir à l'Hôpital Saint-Louis, pour une éruption généralisée du thorax et de l'abdomen, apparue brusquement il y a 15 jours.

A l'examen, on constate sur tout le tronc et sur les membres supérieurs une éruption de roséole, formée d'assez larges éléments confluents. Les uns sont de la taille d'une pièce de vingt à cinquante centimes, les autres atteignent le diamètre d'une pièce de un à deux francs, dans la région scapulaire et sur les épaules. La couleur des éléments est d'un rose vif et ils ont tendance à être un peu ortiés, œdémateux. L'éruption est monomorphe; nulle part on ne trouve de lésions vraiment papuleuses disséminées au milieu des macules. L'éruption est intense, presque confluente en certaines régions Elle atteint le thorax et l'abdomen surtout, mais elle envahit également les bras et les avant-bras où les éléments sont nummulaires. Dans le dos, la disposition des éléments se fait suivant les lignes de la peau. A aucun endroit on ne constate de desquamation. Les muqueuses sont indemnes.

Le malade nous dit que cette éruption est apparue il y a une quinzaine de jours, qu'elle a débuté sur l'abdomen et ne

s'est, à aucun moment, accompagnée de prurit. Il a eu au début quelques symptômes digestifs : pesanteur d'estomac, état nauséeux, si bien qu'il avait attribué l'ensemble de ces symptômes à l'ingestion de crevettes ; mais la persistance de l'éruption l'avait amené à consulter.

En présence d'une telle éruption, on pense aussitôt à une roséole syphilitique et l'on recherche le chancre. Or, l'examen minutieux des muqueuses génitales et anales, la palpation de l'urètre ne révèlent aucune érosion, aucune cicatrice visible, aucune induration suspecte.

Par contre l'exploration des aires ganglionnaires montre dans l'aine gauche un volumineux ganglion de la taille d'un gros œuf de pigeon, dur, mobile, indolore, accompagné d'un autre ganglion plus petit, du type classique du ganglion syphilitique et l'on découvre deux ganglions épitrochléens, un à droite, un à gauche et un petit ganglion sous-maxillaire droit.

Le reste de l'examen somatique est entièrement négatif ; il ne se plaint ni de céphalée, ni de douleurs quelconques osseuses ou autres, il n'a pas d'alopécie. Il nie formellement l'existence antérieure de toute lésion muqueuse ou cutanée.

Cette roséole si intense, sans chancre, sans plaques muqueuses, sans céphalée, semble si contraire au dogme classique que certains, autour de nous, doutent du diagnostic de syphilis ; le B.-W. se montre positif total et les injections de 914 : 0,15, 0,30, 0,45 guérissent en douze jours cette roséole si intense.

Observation V

Due à l'obligeance du Pr Gougerot
(Présentée à la Société Médicale des Hôpitaux,
le 11 novembre 1921.)

Syphilis sans chancre à bubon suppuré syphilitique.

Un étudiant en médecine nous conduit, le 10 février 1913, son frère, étudiant en chirurgie dentaire, parce qu'il souffre depuis douze jours d'un bubon subaigu, qui la veille s'est ulcéré. L'aspect est celui d'une adénite chancrelleuse : peau rouge, violacée, ulcération étroite, à bords décollés ; ganglions empâtés de péri-adénite douloureuse. Immédiatement, nous demandons la date du chancre mou, porte d'entrée ; le malade et son frère affirment qu'il n'y en a pas eu ; nous cherchons et nous ne trouvons aucune trace, aucune cicatrice. Nous ne nous étonnons pas, connaissant les bubons chancrelleux, sans chancre mou, porte d'entrée.

Portant provisoirement ce diagnostic, nous cherchons le bacille de Ducrey ; ni sur les frottis du pus, ni après centrifugation de la sérosité obtenue par lavage de la poche, ni en cultures, nous ne trouvons le moindre bacille ; nous proposons au malade une auto-inoculation au bras avec le pus suspect. Cette auto-inoculation reste négative. Que conclure ? Est-ce une chancrello-syphilis déshabitée ? C'est possible, mais peu probable en raison de l'évolution ultérieure vers une syphilis secondaire et de l'efficacité du traitement antisyphilitique qui en seize jours guérira cette adénite jusque-là rebelle.

Etonnés, nous cherchons dans une autre voie et nous récla-

mons l'examen de la partenaire. Elle présente des érosions buccales suspectes et nous avoue être spécifique, soignée à Broca ; sa séro-réaction est positive totale (HO le 26 février) ; nous demandons donc une séro-réaction du malade : elle est positive le 1er mars (HO). Le même jour, nous cherchons le tréponème dans le pus, il n'y en a pas (car ils sont lysés par le pus), mais dans la sérosité de grattage du ganglion, nous en trouvons trois indiscutables. Nous aboutissons donc au diagnostic si discuté de « syphilis sans chancre à bubon suppuré syphilitique ».

Mais pour éliminer une infection secondaire expliquant la suppuration si anormale à la période primaire, nous poursuivons l'étude bactériologique ; le malade s'y prête d'autant mieux que ni lui, ni son frère, férus de livres classiques, ne veulent admettre la syphilis et refuse tout traitement anti-syphilitique.

Ce n'est pas une mycose : aucun germe en frottis ou à l'ultra-microscope, cultures à froid et à 37° négatives, séro-diagnostic négatif, traitement ioduré inefficace. Malgré qu'il y ait des mycoses certaines à parasites vus et revus dans les lésions qui restent rebelles aux iodures et aux iodiques, malgré que nous ayons une riche collection de mycoses à parasites incultivables, nous rejetons ce diagnostic.

Ce n'est pas une tuberculose subaiguë ; pas de bacilles sur lames, ou après homogénéisation, inoculation négative au cobaye, polynucléose du pus et bien qu'il y ait des tuberculoses atypiques « déshabitées », nous ne croyons pas à la tuberculose ; le traitement anti-syphilitique ayant guéri complètement la lésion en seize jours.

Ce n'est pas une adénite gonococcique : pas d'urétrite,

pas de gonocoques aux examens directs, ni en cultures.

Ce n'est pas une suppuration au cours d'affection génitale : balano-posthite, etc...

Ce n'est pas une suppuration banale due à des pyocoques vulgaires, les cultures faites avec la sérosité de grattage de la coque ganglionnaire restent négatives.

Est-ce une lympho-granulomatose suppurée ? A l'ultra, nous n'avons rien vu de comparable aux amibes décrites ultérieurement par Ravaut, éliminant bien entendu les mononucléaires qui les simulent par leurs mouvements. La preuve de l'émétine ou de l'émétique ne fut pas tentée, n'étant pas alors connue.

Est-ce un virus filtrant comparable au virus herpético-encéphalitique de Levaditi et Harvier. Ces faits étant alors inconnus, l'inoculation à la cornée du lapin ne fut pas faite.

Jusqu'à preuve du contraire et en raison de cette étude bactériologique, je maintins le diagnostic de syphilis sans chancre et à bubon suppuré syphilitique. Les adénites suppurées syphilitiques étant exceptionnelles mais signalées, je réinsiste pour que le traitement soit fait. Le malade ne veut pas l'admettre et disparaît.

Or, il revint au début d'avril, repentant et persuadé ; il présente en effet le tableau complet de l'explosion secondaire : vers le 15 mars, il s'aperçut de la roséole et ne voulant pas y croire, il attendit les plaques muqueuses qui apparurent fin mars. Le traitement est enfin commencé ; son frère lui injecte du 606 et deux piqûres de 0,20 et 0,30 centigrammes suffisent à cicatriser l'adénite en seize jours et à faire disparaître les accidents secondaires.

Observation VI

Due à l'obligeance du Professeur Gougerot
(*Annales des maladies vénériennes*, janvier 1922).

Chancrello-syphilis sans chancre mixte porte d'entrée.

Un avocat de 45 ans, syphiliphobe, donc observateur minutieux de ses téguments génitaux, vient nous consulter en novembre 1913, pour des adénites inguinales bilatérales, plus intenses à gauche, dures, empâtées d'œdème ganglionnaire, douloureuses. La peau est blanche, non enflammée à gauche, car l'adénite n'est pas encore suppurée ; au contraire à droite la peau est rouge, adhérente au ganglion sous-jacent, qui est abcédé, fluctuant et fistulisé à la peau.

Les jours suivants, la fistule s'élargit, les bords sont rougis par la chancrelle et l'on voit se développer un chancre mou inguinal caractéristique, largement ulcéré, à bords violacés, décollés, déchiquetés, à fond blafard, purulent, suintant du pus contenant des bacilles de Ducrey, assez nombreux et typiques.

Il ne fait donc pas de doute, par la clinique et la bactériologie, que le malade est atteint d'adénite chancrelleuse bilatérale. Mais l'étude du malade nous réserve deux surprises :

La première est l'absence de chancre mou génital, porte d'entrée, le malade est très affirmatif.

La deuxième est la constatation sur le tronc de taches de roséole discrètes, petites, mais nombreuses, mêlées à quelques papules. Dans la gorge, sur les amygdales, on découvre des taches laiteuses qui sont manifestement des

plaques muqueuses. On palpe de nombreux petits ganglions indurés. Ces lésions avaient passé inaperçues aux yeux du malade, aucun chancre n'a été noté ; aussi le malade très instruit des choses de la syphilis doute-t-il de ce diagnostic.

Bien que l'aspect clinique soit incontestable, une séro-réaction est faite pour convaincre le malade. Elle est positive totale : HO.

Le traitement mercuriel amène une guérison rapide des syphilides secondaires en vingt-cinq jours, mais lente du bubon qui durera deux mois encore.

Observation VII

Due à l'obligeance du Professeur Gougerot.

(*Annales des maladies vénériennes*, janvier 1922).

Un officier très syphiliphobe, s'observant à la loupe, vient consulter le 20 janvier 1925 dans un village du front. Il affirme n'avoir jamais eu de lésions génitales porte d'entrée, et nous montre deux sortes de lésions : Tout d'abord, une adénite droite, ulcérée, caractéristique, datant de deux mois, fistulée depuis dix-sept jours ; ensuite le syndrome d'une syphilis secondaire récente, datant des premiers jours de janvier : roséole intense, plaques muqueuses, alopécie commençante, micro-poly-adénopathie, céphalée.

Dernier rapport le 28 octobre 1914.

L'évolution est facile à comprendre : l'adénite chancrelleuse, sans chancrelle est devenue manifeste vers le 20 novembre (développement tardif habituel dans l'adénite du chancre mou).

L'explosion secondaire s'est produite vers le 1er janvier, donc dans les délais classiques.

Nous ne savons pas quels furent l'évolution ultérieure et les résultats du traitement conseillé.

Observation VIII

Empruntée à la thèse du Dr Gaté

(Thèse de Lyon 1912-1913).

Lympho-granulomatose inguinale subaiguë sans chancre.

T..., Henri, 62 ans, entre le 3 décembre 1912, dans le service du Dr Tixier, pour une tumeur du pli de l'aine droite.

L'affection a débuté il y a une dizaine de jours, par une petite tumeur qui s'est progressivement accrue.

Actuellement, la tumeur occupe le tiers moyen de l'aine, immédiatement au-dessus du pubis. Du volume d'un œuf, elle est dure. Elle paraît siéger sous la peau, au-devant de la paroi aponévrotique. L'orifice inguinal est libre. Il ne peut d'autre part s'agir d'une hernie crurale, car la masse est trop haut située. Il s'agit très probablement de ganglions englobés dans la péri-adénite et réunis en une masse unique.

On ne trouve aucune porte d'entrée à l'affection. Pas de plaies des membres inférieurs, pas de lésions au périné, à l'anus, aux bourses, à la paroi abdominale. Le système génital est indemne. Le toucher rectal ne montre qu'une prostate un peu grosse, bien limitée, élastique. On sent, dans la fosse iliaque droite, une masse dure, analogue à une corde épiploïque. On pense, par suite, à une épiploïte,

mais le ventre est souple, sans réaction péritonéale.

Le malade est opéré peu de jours après son entrée. On fait une dissection du triangle de Scarpa qui montre de volumineux ganglions suppurés.

Le 20 janvier 1913, le malade part. La plaie est presque complètement cicatrisée.

Deuxième séjour : 26 février. Le maladie revient. Il persiste à la partie interne de la cuisse, un trajet fistuleux laissant s'écouler un pu mal lié. A la palpation, on sent un œdème lardacé de toute la région gagnant même la fosse iliaque. On excise toute la peau envahie, ainsi que le trajet fistuleux. On est ainsi conduit sur le pectiné qui est infiltré et qui présente un aspect feuille morte de fibres musculaires. On découvre au-devant de ce muscle, dans le tissus cellulaire, des ganglions volumineux dégénérés. Le cordon n'est pas infiltré. On laisse l'incision en partie ouverte pour la soumettre à l'héliothérapie.

Le malade part fin mars bien guéri.

Etude anatomo-pathologique (M. Favre). Cette étude montre les lésions de la lympho-granulomatose inguinale.

On a à faire dans ce cas, à une forme franchement abcédée où dominent les abcès. On rencontre même dans le tissu cellulaire péri-ganglionnaire des abcès « *stellaires* typiques ».

Etude expérimentale. L'examen du pus est négatif (M. Favre). Les cultures sont négatives sur les milieux habituel (M. P. Courmont). Deux cobayes sont inoculés le 9 décembre 1911. Le 12 avril 1913, ils sont gras et ne présentent pas de ganglions.

On les sacrifie. Pas de lésions de tuberculose ganglionnaire ou viscérale.

CRITIQUE DES OBSERVATIONS

Bubons chancrelleux sans chancre. — Nous avons choisi nos observations, autant qu'il était possible chez des sujets pusillanimes, syphiliphobes, par conséquent bons observateurs de leurs téguments génitaux.

Il est inutile de dire qu'un examen minutieux de tous les territoires cutanés et muqueux intéressant les ganglions de l'aine a été pratiqué, pour ne pas laisser échapper la moindre excoriation.

On sait, d'ailleurs que les adénites survenant à la suite d'érosions banales sont rares et ont un caractère inflammatoire plus aigu que les adénites chancrelleuses ou syphilitiques.

C'est dans le but de ne pas méconnaître un chancre caché du col ou du vagin, que nous avons éliminé de nos observations les sujets du sexe féminin. Pour Nicolaü (1), en raison de la conformation des organes génitaux féminins, il y a 30 % de syphilis ignorées chez la femme, contre 11 % chez l'homme.

Nous avons fait porter nos observations sur des adénites de date récente pour qu'on ne nous objecte pas l'oubli peu probable que le malade aurait fait de sa chancrelle. Elle est un accident assez dou-

1. Nicolaü, *Annales de Dermatologie*, juillet 1916.

loureux pour que le malade en garde le souvenir.

La notion du temps intervient également dans le cas de bubon chancrelleux tardif (voir *infra*) : le malade a eu un chancre. C'est seulement en période de cicatrisation ou après la cicatrisation que le bubon apparaît. Ces cas doivent être connus et l'examen des antécédents du malade approfondi pour ne pas étiqueter bubon d'emblée, un bubon dont le chancre remonte à plusieurs semaines, parfois plusieurs mois.

Chez chaque malade, le Bordet-Wassermann a été pratiqué à plusieurs reprises, pour ne pas laisser passer une infection mixte.

Adénites syphilitiques et chancrello-syphilis sans chancre.

Dans les observations IV, V, VI, VII, le diagnostic positif est établi sur des preuves cliniques, bactériologiques et sérologiques.

Dans l'observation IV, l'explosion d'une roséole intense, le caractère spécifique des adénopathies inguinales sont trop significatifs pour ne pas faire porter le diagnostic de syphilis secondaire sans chancre mais avec adénite inguinale, diagnostic que confirment le Wassermann positif et l'épreuve du traitement.

Cette forme d'adénopathie syphilitique sans chancre paraît être la plus fréquente en clinique.

Exceptionnelle, au contraire est la forme d'adé-

nite syphilitique suppurée sans chancre. L'étude de l'observation V nous amène cependant logiquement à ce diagnostic.

Le diagnostic différentiel élimine toute autre cause d'adénite suppurée. D'ailleurs, comment ne pourrait-on conclure dans ce sens, devant cette roséole et ces plaques muqueuses avec B.-W. positif, accidents secondaires qui succèdent en temps voulu à une adénite contenant du tréponème ? Ces arguments suffiraient amplement à nous convaincre et nous avons encore l'examen positif de la partenaire et l'influence du traitement.

A la lecture des observations VI et VII, l'objection qui vient de suite à l'esprit est la coexistence d'un bubon d'emblée et d'une syphilis antérieure. Le tréponème et le bacille de Ducrey auraient pénétré par deux portes d'entrée différentes, à des époques différentes.

Mais pourquoi vouloir séparer deux séries de faits qu'il est beaucoup plus naturel de réunir ?

Comme le montre le Professeur Gougerot (observ. VII), l'interprétation qui concorde avec la chronologie des accidents suppose une porte d'entrée commune : « Dernier rapport le 28 octobre, l'adénité chancrelleuse sans chancre est devenue manifeste vers le 20 novembre (développement tardif habituel du chancre mou), l'explosion secondaire s'est produite le 1er janvier, dans les délais classiques. »

Maladie de Nicolas-Favre.

Nous avons cru bon de faire rentrer dans le cadre de nos observations un cas de lymphogranulomatose inguinale subaiguë sans apparence de porte d'entrée. En effet la maladie de Nicolas-Favre est, depuis les travaux de ces auteurs, considérée comme adénite vénérienne (1). D'autre part, l'absence de porte d'entrée a été constatée dans de nombreux cas.

D'ailleurs, les cas où le petit chancre lymphogranulomateux existe sont également intéressants à étudier. Ils constituent des faits de transition entre les chancres syphilitiques et la chancrelle typiques, et les cas d'adénites sans chancre.

En effet, le germe infectant de la maladie de Nicolas-Favre ne paraît pas trouver sur la muqueuse génitale un milieu favorable à son développement, comme le trouvent le bacille de Ducrey et le tréponème.

On sait, que la maladie de Nicolas-Favre est précédée d'une ulcération minime et de courte durée.

On conçoit que, dans ces cas, la porte d'entrée puisse passer inaperçue, ce qui expliquerait pour M. Gaté la fréquence d'adénites en apparence d'emblée. « L'accident aura été considéré comme trop insignifiant par le porteur pour qu'il en tienne compte. Il faudra donc procéder à un interroga-

1. Voir Thèse de Gaté. Th. de Lyon, 1912-1913.

toire très serré..... On arrivera fréquemment à voir qu'il a existé antérieurement dans la région génitale une petite érosion, une écorchure de rien du tout. »

Mais si l'auteur, devant un bubon sans chancre, présuppose une érosion si insignifiante qu'elle est négligée du malade il nous semble que cette hypothèse est bien voisine de celle où l'érosion est si petite qu'elle devient pratiquement invisible.

D'ailleurs, l'intérêt de la question n'est pas tellement dans une discussion théorique. En pratique, les deux cas se confondent. Que le petit chancre n'existe pas ou soit minuscule, en clinique, c'est sur l'adénite, par excellence agent de diagnostic, que doivent porter les investigations.

ÉTUDE CLINIQUE ET BACTÉRIOLOGIQUE DES ADÉNITES VÉNÉRIENNES SANS CHANCRE.

Les bubons chancrelleux sans chancre.

Etude clinique. — Les caractères inflammatoires du bubon mono-ganglionnaire, rouge, chaud, douloureux, à évolution aiguë, tendant à la suppuration, sont trop connus pour faire ici l'objet d'un développement.

Nous insisterons sur ses formes cliniques : « Le génie épidémique de la chancrelle s'est certainement modifié depuis plusieurs années ; car la majorité des chancres mous observés à Paris ne répondent plus aux descriptions classiques (1). »

Autrefois le chancre mou était grave, le bubon inconstant. Aujourd'hui c'est l'inverse : Le bubon passe au premier plan du tableau clinique. Il est fréquent de voir la chancrelle cicatrisée, quand le bubon apparaît. Bubons et chancres peuvent même être séparés par un entr'acte de plusieurs semaines.

Aussi utiles à connaître sont les bubons chancrelleux chroniques (2). Formes cliniques rares, mais

1. Gougerot, *Bubons chancrelleux tardifs* (*Annal. de mal. vén*, août 1914).

2. Gougerot, *Bubons chancrelleux chroniques* (*Ann. de mal vén.*, août 1915).

prêtant facilement à confusion avec les adénites chroniques tuberculeuses ou mycosiques.

Leur légitimité s'appuie sur la présence du bacille de Ducrey et sur l'élimination bactériologique des pyogènes, des champignons, de la syphilis et de la tuberculose.

Cos formes sont consécutives aux adénites aiguës ou subaiguës et le Professeur Gougerot les classe en :

1° *F. fistuleuse chronique tuberculoïde*, avec fistules persistantes, suppurantes et à bords violacés.

2° *F. chronique froide, indurée, non fistuleuse, non ulcéreuse* où après une phase aiguë, les phénomènes inflammatoires diminuent et laissent de gros ganglions indolents, froids et persistants.

3° *F. fibreuse éléphantiasique*, caractérisée par « la fusion du derme et de l'hypoderme en une sorte de blindage dur, parcouru de sillons rétractés ; la peau est rosée, percée de fistulettes étroites et suppurantes ».

4° *F. phagédénique* : le ganglion est le point de départ d'un processus extensif d'ulcération qui persiste des années, malgré le traitement.

Etude Bactériologique

Ponctior du bubon. — En pratique, on se trouve devant deux éventualités :

1° *Le bubon n'est pas ouvert.* — Après nettoyage extemporané, on pratiquera la ponction avec une

seringue et une aiguille assez grosse, en ayant soin de prélever le pus *sur la paroi interne de l'abcès*, et non au centre du bubon, le pus détruisant les éléments cellulaires et microbiens.

2° *Le bubon est ouvert.* — Il est souvent difficile d'éliminer le staphylocoque blanc et le bactérium cutis commune, germes saprophytes de la peau.

Dans ce cas Bezançon conseille de faire un chancre d'inoculation et de recueillir le pus tout au début.

L'examen sur lame. — Il demande un étalement minutieux afin de ne pas détruire les groupements caractéristiques.

On emploiera la coloration par les procédés habituels.

a) *Bleu polychrome* de Unna avec chauffage modéré.

b) *Ziehl dilué* pendant 24 heures à froid et 10 minutes à chaud.

c) *Procédé de Gabey.*

Solution de bleu de méthylène à saturation... VII gouttes

Liqueur de Ziehl..... V —
Eau..... 10 cmc.

laisser la lame 10 minutes dans le colorant.

G. Lévy et Kitchewatz (1) proposent le procédé suivant qui leur aurait donné des résultats positifs dans 85 % des chancres examinés.

1. G. Lévy et Kitchewatz : *Nouvelles recherches du bacille de Ducrey* (*Pratique médicale française*, juillet 1925).

Colorer la lame séchée et fixée avec quelques gouttes de bleu de méthylène, chauffer à la petite flamme *jusqu'à ébullition*. Egouter et *recommencer l'opération* trois fois.

L'examen microscopique décèlera le strepto-bacille que Ducrey, Nicolle et Unna ont décrit « bacilles en navettes, offrant des bouts arrondis, ne fixant la matière colorante qu'à leurs extrémités, ne gardant pas la coloration par la méthode de Gram, isolés en courtes chainettes de peu d'éléments ».

Les cultures. — Les premières cultures de pus de bubon, faites par Bezançon, Griffon et Lesourd ont lieu sur milieu de sang de lapin. Lenglet cultive le bacille de Ducrey sur milieux humanisés. Les cultures poussent mieux dans le liquide de condensation, à la partie inférieure des tubes de sang de gélose. Cette constatation a conduit certains auteurs (Nicolaü), à adopter comme milieu une solution de peptone à 1 % dans de l'eau physiologique, à laquelle on ajoute, après répartition dans les tubes et stérilisation, 1/5 de sang humain défibriné. Le chauffage à 60° rend le milieu encore plus favorable. Durand de Tunis ensemence sur gélose, du sang de mouton défibriné.

Sur 49 cas de bubons chancrelleux non ouverts, il trouve 47 fois le strepto-bacille.

Sur 40 cas de bubons ouverts, 38 fois du bacille de Ducrey pur ; 2 fois il est associé au staphylocoque blanc ou au bacille diphtéroïde.

L'auto-culture consiste à remplir de pus un tube

stérile et à le laisser à l'étuve à 37° sans addition de milieu nutritif.

La vieille méthode du *chancre d'inoculation* serait un bon moyen de diagnostic, si elle n'avait le gros désavantage de créer un chancre souvent long à guérir, douloureux et pouvant se compliquer de phagédénisme.

L'intra-dermo-réaction est préférable. On la pratique soit avec le vaccin strepto-bacillaire de Nicolle et Durand (Dmelcos), soit avec la strepto-bacilline de Teissier, Reilly et Rivalier.

Nous avons employé le Dmelcos dans l'examen de nos malades. Deux gouttes de ce produit sont injectées dans le derme de la région deltoïdienne droite ; à gauche, on pratique une injection témoin d'eau distillée.

Si la réaction est positive, une papule urticarienne du diamètre d'une pièce de 0 m. 50 ou de 1 franc, apparaît rouge et chaude, de 10 à 15 heures après l'injection. Elle atteint son acmé au bout de 24 h.

Si la réaction est très positive, la papule est infiltrée et se cercle d'une zone érythémateuse.

L'interprétation des résultats est la suivante pour les différents auteurs qui ont étudié l'intra-dermo-réaction à la Réunion Dermatologique de Strasbourg de juin 1928 :

a) L'intra-dermo-réaction est positive chez les porteurs de lésions chancrelleuses datant au moins de dix jours (temps nécessaire pour que se produisent les modifications humorales sanguines. Elle

est d'autant plus positive que les lésions chancrelleuses sont plus marquées.

b) Elle est négative chez les autres malades.

c) Elle devient négative chez les porteurs du bacille de Ducrey traités par le Dmelcos ou la strepto-bacilline.

d) Elle redevient positive un mois après l'arrêt du traitement.

e) Si le porteur de bacille de Ducrey n'est pas traité, la réaction reste positive.

Les adénites syphilitiques et les adénites mixtes sans chancres

Etude clinique

Comme l'adénite chancrelleuse classique, l'adénite du chancre syphilitique a des caractères trop connus pour être ici l'objet d'une description détaillée : Polyadénopathie unie ou bi-latérale, elle est constituée, en général, par un ganglion volumineux, autour duquel s'ordonnent des ganglions plus petits. Elle est froide indolente, mobile, dure.

Par contre, certaines formes doivent retenir notre attention par leur intérêt clinique. Ce sont les formes rares, mais constatées, de *bubons syphilitiques suppurés sans chancre* (voir observ. V). Les dates, la présence du tréponème dans les ganglions, les réactions sérologiques, ne laissent aucun doute.

L'adénite peut encore prendre le caractère de forme mixte.

L'apparition de ganglions spécifiques (indolents, mobiles, etc...) peut modifier la symptomatologie d'un bubon chancrelleux, de même que l'ulcération chancrelleuse s'indure et prend les caractères de chancre syphilitique, dans le cas de chancres mixtes.

L'adénite spécifique peut se voir dans une aine, le bubon dans l'autre. Les deux, adénite et bubon, peuvent coexister sur les mêmes ganglions, dans une aine seulement.

Avec le Pr Gougerot, nous ferons la remarque suivante : « Il faut se méfier que beaucoup de citadins, surtout les individus de tempérament scrofuleux, ont à l'état habituel des ganglions durs, mobiles, indolents, qui ressemblent à des ganglions syphilitiques ; le mélange de ces ganglions à ceux du chancre pourrait bien faire croire à l'adénopathie mixte du chancre mixte. »

Le diagnostic s'appuiera toujours sur l'examen bactériologique des ganglions, sur la réaction de Wassermann et sur la recherche des accidents secondaires.

Ainsi, nous distinguerons trois formes d'adénite spécifique sans chancre :

1° La syphilis sans chancre, avec adénite classique ;

2° La syphilis sans chancre, à bubon suppuré syphilitique ;

3° La chancrello-syphilis sans chancre, avec adénite à caractères mixtes.

Bien que sans adénite, les autres formes de syphilis sans chancre, sont également utiles à connaître.

Le professeur Gougerot en donne la classification suivante :

1° Syphilis sans chancre, sans adénite, se révélant par des accidents secondaires ;

2° Syphilis silencieuses, ne se révélant que par un B.-W. positif.

3° Syphilis silencieuses ayant même une réaction de Wassermann négative, ne se révélant que par la réactivation du Wassermann.

Ces syphilis « décapitées », où l'absence de l'adénite ne permet pas d'orienter le diagnostic vers la syphilis, s'observent dans les syphilis par inoculation sanguine.

La transfusion sanguine a apporté une illustration nouvelle à ce mode de contagion (voir *supra* : cas cités).

Les syphilis décapitées s'observent également à la suite de traitement prophylactique incomplet ou tardif : toutes les gammes ont été observées, depuis la syphilis se révélant par l'explosion des accidents secondaires, jusqu'à la réaction de Bordet-Wassermann, devenant positive sous l'influence de la réactivation.

Ces formes spéciales ont montré l'intérêt d'une longue surveillance clinique chez les individus ayant subi un traitement prophylactique et l'intérêt des B.-W. répétés, avec réactivation chez ces mêmes malades.

En raison de la fréquence des syphilis latentes ou ignorées et dans un but social, la pratique de la réaction de Wassermann devrait être systématique.

Etude bactériologique des adénites syphilitiques.

En l'absence de chancre, la ponction des ganglions est un bon moyen de diagnostic précoce.

Cette méthode peut également être utile, dans les autres cas, où on ne peut demander au chancre le tréponème, par exemple, lorsqu'il existe un phimosis ou lorsque le malade a fait sur son chancre des applications intempestives d'antiseptiques.

En 1905, Schaudinn et Hoffmann trouvent les premiers, le tréponème dans les ganglions de la pléiade.

Haubermann et Mauslshagen, sur 33 adénites méta-chancreuses trouvent 30 fois du spirochète.

Tilling trouve des spirochètes dans le liquide de ponction, 26 fois sur 27 adénites primaires et 17 fois sur 28 adénites de malades en période secondaire.

Frünwald en trouve 7 fois sur 18 sujets en période primaire, 7 fois sur 27 sujets en période secondaire. Il n'en trouve jamais en période tertiaire.

On emploiera la méthode de Schültz pour la recherche du tréponème dans les ganglions régionaux (1).

1. Schultz, *A method for demonstrating spirochetæ pallida in regional lymph glands* (*The journal of the Armorican medical association*, 17 juillet 1920).

A l'aide d'une aiguille fine, montée sur une petite seringue de 2 cc., on injectera dans le ganglion 1/2 à 1 cc. de sérum physiologique stérile.

La difficulté consiste à fixer solidement, avec la main gauche, le ganglion choisi ; on imprimera à l'aiguille plantée dans le ganglion quelques mouvements latéraux pour dilacérer le parenchyme, et on aspirera, après avoir attendu quelques minutes. Le liquide de ponction sera examiné aussitôt à l'ultra-microscope ; l'ultra-microscope est le procédé le plus rapide et le plus commode.

On peut également étaler le liquide sur plusieurs lames et demander au laboratoire une imprégnation à l'argent par le procédé de Tribondeau-Fontana.

La syphilis ne devra pas être éliminée sur une réponse négative. On devra, en cas de doute, répéter les épreuves, multiplier les colorations (Giemsa, Fuschine de Ziehl, etc...)

Il est inutile de dire que la réaction de Wassermann-Neisser-Brück devra être systématique et complétée au besoin par la technique de Desmoulières, avec l'antigène cholestériné ou par la technique de Hecht au sérum frais.

Dans tous les cas, les épreuves de laboratoire seront confrontées avec l'évolution clinique.

La cuti-réaction à la luétine de Noguchi n'a aucune valeur dans les cas qui nous intéressent : Les résultats ne sont positifs que dans la syphilis atténuée, dans l'hérédo-syphilis et dans la syphilis

latente où la réaction de B.-W. est devenue négative. La cuti-réaction est négative dans la syphilis primaire et secondaire.

La maladie de Nicolas-Favre.

Etude clinique.

C'est une affection vénérienne bénigne, infectieuse, contagieuse par les rapports génitaux. Elle s'observe dans les climats chauds et froids, chez l'homme adulte, beaucoup plus rarement chez la femme.

L'incubation varie de 10 à 25 jours.

Quand la porte d'entrée du germe infectieux existe, l'interrogatoire nous apprend qu'il s'agit d'une ou plusieurs ulcérations à caractères bien particuliers. On constate sur le fourreau de la verge ou dans le sillon balano-préputial une érosion herpétiforme, lenticulaire, superficielle, sans infiltration du derme. Elle dure, en moyenne, une à deux semaines et est souvent cicatrisée quand apparaît l'adénopathie. Cette ulcération est généralement unique et n'est pas polycyclique, prurigineuse et douloureuse comme l'herpès.

Quelquefois, on ne trouve ni accident primaire, ni cicatrices. On peut constater alors la coexistence d'une blennorragie, d'une balanite ou d'un chancre mou.

Mais le malade vient rarement consulter avant que

l'adénite soit bien constituée. L'affection débute insidieusement par une petite tumeur indolore de l'aine. Rapidement cette mono-adénite primitive prend un caractère chaud, inflammatoire, et s'entoure de péri-adénite plastique.

On observe alors une masse inguinale formée de gros ganglions plus ou moins douloureux. Cette tumeur est mobilisable sur les plans profonds. Cette mobilisation en masse constitue le signe de l'ébranlement ganglionnaire de Favre.

A ce stade, on devra toujours rechercher, derrière l'arcade crurale, l'adénite iliaque. Elle est constante et a le caractère de l'adénite inguinale, mais elle ne suppure pas.

L'évolution de l'adénite s'accompagne au début de symptômes généraux (fièvre à 38°-38°5, souvent à forme ondulante, leucocytose légère), qui ont fait donner le nom de poradéno-lymphite, à forme septicémique à la maladie de Nicolas-Favre (Ravaut et Boulin, 1922).

Mais les caractéristiques de l'affection résident surtout dans l'évolution ultérieure de l'affection. Au lieu de rétrocéder au bout de quelques semaines, l'adénite aiguë suppure et prend une évolution chronique, interminable si l'on n'intervient pas.

La suppuration de l'adénopathie inguinale a un caractère fondamental : elle est parcellaire, à petits foyers multiples, isolés, disséminés dans la masse ganglionnaire et s'ouvrant par des fistules isolées, punctiformes, formant ainsi une véritable « écu-

« moire dont chaque orifice conduit dans une cavité. »

Il s'en échappe un pus « blanchâtre, parfois légèrement verdâtre, bien lié, absolument inodore. Mais ce qui est très particulier, c'est le caractère filant, visqueux, glaireux du pus qui se laisse très difficilement aspirer par la pipette, qui s'étale mal sur la lame de verre et qui, mélangé à du sérum artificiel ne s'émulsionne pas ».

La formule cytologique du pus est mixte : on y rencontre à la fois des polynucléaires neutrophiles peu nombreux, de grands mononuclaires très acidophiles, de moyens mono et quelques lymphocytes.

Si l'on procède à l'ablation de la masse ganglionnaire, on trouve à la coupe un groupe de ganglions fusionnés dans de la péri-adénite. La même structure se retrouve sur les ganglions iliaques. Le tissu ganglionnaire est en partie remplacé par un tissu dur, fibreux, dans lequel sont des points ramollis. Ce sont les petits abcès « en guêpier ».

Au microscope, les ganglions montrent, à côté de vulgaires lésions de congestion, l'aspect caractéristique de la lympho-granulomatose : l'inflammation diffuse avec substitution au tissu lymphoïde ganglionnaire d'un tissu caractérisé par son « barriolage » cytologique. Le polymorphisme cellulaire y est évident. Plasmazellen très nombreux, cellules conjonctives, matzellen à protoplasme faiblement basophile, cellules acidophiles à petit noyau, cellules à plusieurs gros noyaux, leucocytes sont mélangés sans ordre.

Dans ce tissu dense, à aspect si spécial, sont disséminés les abcès stellaires, autre formation caractéristique décrite par MM. Nicolas et Favre en 1913. Ces abcès envoient des prolongements ramifiés et irréguliers dans les tissus voisins. Plusieurs couches de cellules prenant fortement l'éosine les entourent. Ce sont les cellules « épithéloïdes ». La cavité de l'abcès contient des polynucléaires et de grandes cellules acidophiles, que l'on retrouve également sur sa paroi interne. Ces cellules acidophiles contiennent des inclusions cellulaires qui se teintent fortement par l'hématéine éosine et apparaissent sous la forme d'une masse homogène noir-violet, en forme de haricot ou de croissant. Ces corpuscules particuliers, bien décrits par Favre en 1922 et par Gamma en 1924, ont été interprétés comme des parasites (Letulle et Nattan-Larier) et comme des débris nucléaires phagocytés.

A côté des abcès stellaires, il est fréquent de constater de petites gommes constituées par un centre granuleux, entouré de plusieurs assises de cellules épithéloïdes : ce sont les gommes, qui par leur fonte constitueront l'abcès.

Enfin, à la périphérie des ganglions, on trouve de grandes cellules à protoplasme vitreux, avec une couronne de noyaux périphériques. Leur aspect est celui de la cellule géante tuberculeuse.

Qu'elle est l'étiologie de cette affection ?

En 1913, MM. Nicolas et Favre, puis Gaté, don-

nèrent les résultats de son étude bactériologique.

L'examen direct sur lames du pus prélevé dans les bubons fermés, après coloration par les méthodes les plus variées, fut négatif.

Les recherches du microbe sur coupe, les cultures sur milieux aérobies et anaérobies, sur milieu de Sabouraud, furent également négatives, de même que l'inoculation au cobaye.

Les auteurs concluèrent en faveur d'une spécificité étiologique et pathogénique, que les recherches ultérieures confirmeraient.

Le bacillus fluorescens a été mis en cause par MM. Pigeon et Tanton. M. Favre en 1921, aurait obtenu sur milieu à l'œuf de Lubenaü, ensemencé avec des morceaux de ganglions, des cultures dans lesquelles l'examen montra :

1° Des bacilles, polymorphes gardant le Gram, ressemblant au bacille diphtérique ;

2° Des éléments qui par leur aspect se rapprochaient des streptothricées.

MM. Ravaut et Boulin ont reconnu dans le pus ganglionnaire d'un seul malade de « grosses cellules ayant l'aspect d'amibes, qui sous l'influence de la chaleur présentèrent des mouvements amiboïdes très nets ». Ces formes rappelaient l'amoeba-coli. Le malade qui en était porteur fut très amélioré par l'émétine.

Les mêmes amibes ont été recherchées par M. Favre sans succès.

Nous conclurons avec M. Favre « que la ques-

tion du germe pathogène n'a pas encore reçu de solution définitive et que cette partie du problème de la maladie de Nicolas-Favre reste à élucider ».

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Il se posera avec toutes les tumeurs de la région inguino-crurale. Certaines affections sont d'un diagnostic facile. *Les hernies abdominales*, *les fibromes*, *les anévrismes* et *les lipomes*, *la distension variqueuse de la saphène*, seront facilement éliminés par leurs caractères et leur évolution.

La hernie crurale se différenciera aisément d'une adénite du ganglion de Cloquet par sa réductibilité.

Les adénites aiguës dues à des microbes banaux, ayant pénétré à la faveur d'une érosion tégumentaire, sont rares, quoique ces microbes pullulent, en général, dans les régions ano-génitales des malades de consultation hospitalière. Quand l'adénite se produit, elle a une évolution plus aiguë et plus rapide que celle de l'adénite chancrelleuse. Le pus est franchement chaud. On y reconnaît les agents ordinaires de la suppuration : streptocoque, entérocoque, staphylocoque blanc et bactérium cutis commune, tétragènes (Raybaud, *Marseille Médical*, 1912).

L'adénite blennorragique coïncide avec l'urétrite aiguë. On recherchera les caractères cytologiques et bactériologiques de l'écoulement. Les spirilles

de Berdal et Bataille et l'association fuso-spirillaire de Vincent, hôtes fréquents des muqueuses génitales, peuvent donner des adénites qui sont à rapprocher des adénites vénériennes.

L'adéno-lymphocèle de la filariose se voit rarement dans nos pays. Le diagnostic se basera sur le volume des tuméfactions inguinales, donnant à la palpation une sensation spéciale de mollesse de caoutchouc, sur l'absence de phénomènes inflammatoires et sur l'indolence.

L'adénite cancéreuse est rarement primitive. Le cancer de la verge s'accompagne de ganglions inguinaux. Lorsqu'on ampute une verge, il arrive que le cancer pullule à nouveau dans les ganglions. Ils prennent alors un grand accroissement et évoluent vers l'ulcération.

Avant l'ulcération, les bosselures, la vascularisation, la dureté et souvent les douleurs lancinantes, après l'ulcération, les fongosités sanieuses, les hémorragies, l'odeur infecte, seront en faveur du cancer. En cas de doute, on aura recours à la biopsie.

Les *néoplasies primitives* comprennent le lymphadénome leucémique, le lymphadénome aleucémique qui n'est autre que l'adénie prurigène éosinophile et le sarcome ganglionnaire.

L'adénie prurigène éosinophile de Favre et Colrat, encore nommée lymphadénome aleucémique, adénite de Trousseau, granulome malin, maladie de Hodgkin, est une maladie générale qui peut intéresser au début les ganglions de l'aine seuls, mais qui ra-

pidement, diffuse à toutes les sphères ganglionnaires.

Les ganglions volumineux et indolents ne suppurent pas. Les symptômes généraux : fièvre, augmentation de la rate, prurit et l'aspect néoplasique terminal, la différencieront aisément.

L'examen sanguin montre l'augmentation du nombre des éosinophiles. Par ailleurs, le chiffre leucocytaire reste voisin de la normale, en quantité et en qualité.

Ce caractère la distinguera du *lymphadénome leucémique*, qui ressemble de près à l'affection précédente.

Mais l'examen du sang montre un chiffre leucocytaire très élevé (90 à 100.000 globules blancs par mmc.) et la prédominance de lymphocytes et monucléaires non granuleux.

Dans le *sarcome ganglionnaire*, on peut avoir au début une hypertrophie d'un seul groupe ganglionnaire : cou, aisselle ou région inguinale. Cette adénite grossit rapidement et adhère aux organes voisins. Elle constitue bientôt une tumeur plus ou moins dure, bosselée, mal limitée, adhérente aux organes périphériques et à la peau. Celle-ci s'ulcère et le sarcome communique avec l'extérieur par une fistule.

A l'examen le sang est normal.

La biopsie pourra être utile dans le diagnostic de ces néoplasies.

Les formes buboniques de la peste se distinguent

par l'évolution chaude, douloureuse et l'accroissement très rapide du bubon qui peut s'ouvrir et suppurer. Sa brusque apparition est accompagnée de signes généraux : frissons, céphalée, abattement.

Certaines formes ambulatoires, à évolution moins chaude, ne devront pas être confondues avec la maladie de Nicolas-Favre (voir infra-bubon climatique) ou avec la tuberculose.

La ponction des ganglions et l'examen microscopique du liquide auront pour but la recherche du coccobacille de Yersin à Gram négatif.

Les autres procédés de laboratoire sont la culture sur solution alcaline de peptone à 2 p. 100, additionnée de gélatine, l'hémoculture, l'inoculation à la souris, la recherche de l'agglutination par un sérum spécifique.

La sporotrichose est la plus fréquente des mycoses en France. A cause de son polymorphisme clinique et de sa confusion fréquente avec la tuberculose ou la syphilis, le praticien devra toujours avoir le diagnostic de sporotrichose présent à l'esprit.

La gomme sporotrichosique affecte rarement l'aine. Elle n'est pas unique. On les trouve, en général, au nombre de 5, 10 ou 20. Leur grosseur ne dépasse pas le volume d'une noix. Elles s'accroissent rapidement et se ramollissent. Ce ramollissement débute par le centre. Il reste un anneau d'induration à la périphérie (ramollissement en cupule). Ces phénomènes évolutifs ne sont ni inflammatoires, ni douloureux.

Ces gommes peuvent rester au stade d'abcès, sans ulcérer la peau. Si l'ulcération se produit, il s'agit plus d'une fistule que d'une large ulcération. Les fistules ont des bords déchiquetés, décollés, blafards ou violacés. Elles ne confluent pas.

Leur fond ne contient pas de véritable bourbillon : le contenu de la gomme est purulent et se vide complètement par la ponction.

Mais il faut se souvenir qu'aucun de ces symptômes n'est constant et que la culture devra être faite systématiquement.

On ensemencera 3 cc. de liquide de ponction sur *gélose glycosée peptonée de Sabouraud*. Les tubes non encapuchonnés, ni chauffés, seront simplement mis à la température ambiante d'une pièce (28° à 30°).

Au bout de 4 à 5 jours apparaissent les colonies acuminées, circumvolvées de Sporotrichum Beurmani.

Pour un diagnostic plus rapide, on aura recours au procédé élégant de la « coulée de pus sur verre sec ».

Le second procédé pratique de diagnostic est le séro-diagnostic sporotrichosique de Widal et Abrami, pour lequel on enverra 10 cmc. de sérum au laboratoire.

La syphilis peut en période tertiaire produire des adénites gommeuses dont le diagnostic est difficile.

M. Jeanselme, dans la pratique médicale fran-

çaise de juillet 1925, en cite deux cas. Nous rapportons ici l'un deux.

« Il s'agit d'une femme qui entre dans le service pour une ulcération siégeant à la région inguinale droite. Un mois avant, elle avait senti dans l'aine, une petite masse, une glande à peine sensible disait-elle, qui roulait sous le doigt. Bientôt, la peau rougit, le ganglion augmenta, atteignit le volume d'un œuf de poule. La malade ayant appliqué des compresses chaudes, la tumeur creva.

A l'entrée, on constate au-dessous du pli de l'aine et parallèlement à lui, une ulcération ovalaire, large de 5/3 cm. Les bords très réguliers, taillés à pic, hauts de 3 à 4 mm., sont d'un rouge vif. Le fond est presque lisse et tapissé d'un bourbillon dont le centre est un peu surélevé, brunâtre, tandis que la périphérie plus humide est de couleur jaune sale. L'ulcération est encadrée d'une zone rouge, violacée, se confondant avec les parties saines.

La lésion ulcéreuse repose sur une plaque indurée... Le tout est indolent. Pas d'autres ganglions.

Deux mois avant, au niveau du manubrium sternal, tuméfaction rouge, indolore, qui au moment de l'admission a l'aspect de gomme cutanée. »

B.-W. positif.

Pas de commémoratifs de syphilis acquise ou héréditaire. Le traitement d'épreuve par le novar et l'iodure cicatrise l'ulcération en 6 semaines.

La tuberculose ganglionnaire est un diagnostic des plus délicats, car elle peut s'associer, pour donner des formes mixtes, à l'adénite chancrelleuse, à la syphilis : Fournier en 1886 étudie la fausse scrofule ganglionnaire, forme d'infection mixte.

D'autre part, la maladie de Nicolas-Favre a été souvent confondue avec la bacillose des ganglions (Marion et Gandy, Lejars).

L'adénite chancrelleuse, dans ses formes chroniques, peut aussi prêter à confusion avec l'adénite tuberculeuse (voir *supra* : Formes cliniques de l'adénite chancrelleuse).

Rarement l'adénite tuberculeuse se présente sans péri-adénite. Le plus souvent, on est en présence d'adénite avec péri-adénite. C'est la forme multi-ganglionnaire ; les ganglions malades sont réunis en paquets. Peu mobiles, ils adhèrent rapidement au plan profond et à la peau.

Bientôt certains se ramollissent, l'abcès froid est formé. Les ganglions adhèrent franchement à la peau qui rougit, s'amincit et s'ulcère. La fistule laisse échapper un pus séreux mal lié, contenant des grumeaux caséeux. Elle a l'aspect clinique de la fistule tuberculeuse ; ses bords sont déchiquetés, irréguliers, violacés et décollés. Ils se laissent soulever plus ou moins par le stylet explorateur.

Après l'élimination des ganglions tuberculeux, la fistule finit par se fermer mais laisse des cicatrices chéloïdiennes, en étoile, très inesthétiques.

Pour confirmer le diagnostic, on recherchera les

antécédents bacillaires du malade : bacillose pulmonaire ou osseuse, pleurésie, écrouelles, etc... La radio du poumon sera pratiquée, le pus des fistules examiné bactériologiquement et un cobaye inoculé.

L'examen histologique du ganglion montrera le nodule tuberculeux avec les cellules géantes, les cellules épithéloïdes et les cellules embryonnaires. Ces caractères et la constitution monomorphe du parenchyme ganglionnaire la différencieront de la maladie de Nicolas-Favre.

Dans celle-ci, les grandes cellules à protoplasme vitreux et à couronne de noyaux périphériques pourraient prêter à confusion avec la cellule géante tuberculeuse. Les caractères différentiels en faveur du granulome inguinal, seront les abcès stellaires avec leur bordure de cellules épithéloïdes que l'on retrouve également à la périphérie des gommes, les inclusions cellulaires et le barriolage cytologique du parenchyme (voir *supra*).

Le bubon climatique. — La question du bubon climatique a donné lieu à de nombreuses discussions, ces dernières années. Ses relations étroites avec les formes ambulatoires de la peste et la maladie de Nicolas-Favre expliquent tout l'intérêt de son étude.

C'est une affection connue depuis longtemps aux colonies. Trousseau, dans ses cliniques, donnait déjà la description de cette affection ganglionnaire qu'il avait observée chez de jeunes créoles de l'île de la Réunion.

« Dans l'adolescence et plutôt chez les garçons

que chez les filles, nous voyons les ganglions profonds et superficiels se gonfler, tantôt d'un côté, tantôt des deux à la fois. Cette maladie vient par paroxysme, durant un, deux, trois mois et séparés par des intervalles qui peuvent être de plusieurs mois. Puis vient un paroxysme plus violent que les autres et quelques-uns des ganglions suppurent. Dans certains cas la suppuration s'étend à plusieurs ganglions et successivement à toute la masse ganglionnaire. Les malades sont alors condamnés à un long séjour au lit et à la chambre et la suppuration n'est quelquefois tarie qu'au bout d'une année. »

Muller et Justi disent: « Il est important de noter que ce ne sont pas seulement les glandes superficielles qui sont prises, mais aussi les glandes profondes... souvent se constituent de grosses tumeurs le long de l'artère iliaque. »

Ces adénites subaiguës, sans ou avec peu de pyrexie, tendant à suppurer, s'éternisant dans leur évolution, ont été l'objet d'observations identiques dans toutes les régions tropicales.

Thiroux en 1899 l'observait à la Réunion, sous la forme épidémique; sur un des malades observés, la ponction des ganglions permit d'identifier le bacille de Yersin. Le Dr Roux, par l'examen des cultures, vérifia ce fait.

Fontoynont (communication à la Société de Chirurgie, 8 mai 1908) en voit de nombreux cas à Tananarive. Il aurait également trouvé des bacilles pesteux chez les porteurs de bubons.

E. Blanc (*Semaine Médicale*, 1896) observe la même maladie à Shangaï.

L'école de Lyon avec MM. Nicolas et Favre, au Congrès de Dermatologie tenu à Paris en juin 1922, identifient le bubon climatique et la lymphogranulomatose inguinale. Bouffard qui en a observé de nombreux cas sur la Côte d'Ivoire se range à cette opinion.

Il est de fait que les symptomatologies de ces deux affections sont exactement superposables ; mais pour ces raisons a-t-on le droit de conclure à leur identité étiologique ?

Si d'autre part on se rapporte au cas de peste bubonique à formes ambulatoires (les plus fréquents) observés à Paris pendant l'épidémie de peste de 1920, cas rapportés par MM. Tanon, Teissier et Gastinel et par Rio dans sa thèse (Paris, 1921), on est obligé de reconnaître que la description de ces formes est également identique à celle du bubon climatique.

Voici le résumé clinique qu'en donne le professeur Tanon : « Ces manifestations d'infection inguinale subaiguë à début insidieux apportent peu de gêne au commencement, deviennent plus douloureuses au bout de une ou deux semaines et déterminent quelquefois de la fièvre, de la céphalée, des troubles digestifs sans autres signes ; le tout se calmait par le repos. L'adénite seule persistait et augmentait de volume jusqu'à atteindre le volume d'une mandarine. La tuméfaction était dure, non adhérente à la peau, souvent multilobée...

« On percevait de la périadénite le plus souvent ramifiée profondément et remontant dans le petit bassin.

« A partir de ce moment, l'adénite persistait sans changement, pendant un ou plusieurs mois, résistant à tout traitement, se terminant par une résolution spontanée, très lente, ou par une suppuration qui se faisait en différents points... »

N'est-ce pas la description du vieux bubon climatique de Trousseau, de Muller et Justi, ou celle de la maladie de Nicolas-Favre ?

En fait, le bubon climatique n'a plus qu'un rôle historique. Mais doit-on le remplacer par la maladie de Nicolas-Favre ou en faire une manifestation de la peste bubonique ?

Le problème pourrait-être tranché par la bactériologie. Il se complique au contraire, parce que le germe de la lymphogranulomatose est encore inconnu et parce que dans ces formes ambulatoires de peste bubonique, les recherches sérologiques et bactériologiques sont souvent négatives. M. Joltrain dit en parlant de ces cas (1) : « Les inoculations à la souris et au cobaye, même de fragments prélevés sur le ganglion, ne donnent naissance à aucun processus infectieux ressemblant à la peste. La réaction de fixation, qui seule pouvait donner des renseignements, s'est également montrée négative. »

On voit combien le diagnostic différentiel est dif-

1. Joltrain, *La Peste*. Paris, 1921.

ficile. Il doit être cependant précoce dans l'intérêt de la santé publique.

Apers et Van Boekel rapportent les observations (1) de 3 malades porteurs d'adénites et de périadénites suppurées et subaiguës de l'aine, sans porte d'entrée apparente. Il s'agissait de matelots venant de Santa-Fé qui avaient été examinés à leur débarquement au port d'Anvers par le service sanitaire.

Tous les examens pratiqués (examen direct du pus, cultures diverses, inoculations au cobaye et à la souris blanche, réaction de fixation, autopsie des rats capturés sur le bateau) furent négatifs.

Apers et Von Boekel concluaient en faveur de la lymphogranulomatose en raison de l'évolution clinique, de l'aspect visqueux du pus, de son étude bactériologique négative...

Il ne nous appartient pas de trancher le problème étiologique du bubon climatique. Un fait cependant est à retenir : c'est la présence, dûment constatée d'une part par Thiroux et le Dr Roux et d'autre part par le professeur Tanon, de bacille pesteux dans les bubons de leurs malades (2).

Nous renvoyons également aux observations contenues dans la thèse de Rio, où les frottis de pus de bubon sont positifs.

1. Office international d'Hygiène Publique, 1927.

2. Tanon et Cambassédès, *Les formes liminaires de la peste et la question du bubon climatique* (*Revue de Méd. et d'Hyg. tropicale*, 1923).

Avec le professeur Tanon, nous estimons que le bubon climatique peut être rangé dans la maladie de Nicolas-Favre, dans de nombreux cas, mais qu'il est d'autres cas indiscutables où on doit l'interpréter comme une forme bénigne de la peste.

« Admettre que tout bubon climatique à marche torpide guérissant toujours sans s'accompagner de réactions générales est de la lymphogranulomatose et ne saurait être de la peste, c'est s'exposer à des mécomptes et risquer de méconnaître une de ces manifestations lentes et dangereuses parce que non suspectées. »

Doit-on éliminer la peste parce que le bacille n'existe pas dans le bubon ? Il ne nous semble pas, car on sait que le bacille de Yersin n'habite pas toujours les ganglions dans « ces formes liminaires » de la peste bubonique.

Le diagnostic positif de peste pourra être porté si l'on a un faisceau de preuves suffisant : Notion d'épidémie, présence de rats, constatation de piqûres de puces, épreuve thérapeutique par le sérum, etc...

La ponction des ganglions sera faite avec les précautions indiquées par le Professeur Tanon (1). On pratiquera la ganglioculture et surtout l'hémoculture : MM. Teissier, Tanon, Gastinel et Reilly ont pratiqué l'hémoculture chez tous leurs pesteux. Ils estiment que la présence du bacille de Yersin est habituelle dans le sang dès les premiers jours de

1. *Loco citato.*

l'affection et dans les formes les plus bénignes.

La déviation du complément et la séro-agglutination seront recherchées suivant la technique de M. Joltrain.

PATHOGÉNIE

Nous nous occuperons ici des cas où la contamination est vénérienne, c'est-à-dire des cas où le germe infectant est mis en contact direct avec le tégument génital.

Dans la syphilis hématogène par inoculation intra-vasculaire, on peut objecter en effet qu'il n'y a pas de chancre parce que le tréponème est porté directement et profondément, par piqûre, au contact des vaisseaux. N'ayant pas séjourné sur les téguments, il ne peut y produire « l'inflammation ulcérative » du chancre. L'absence fréquente d'adénopathie, l'explosion plus rapide de la roséole paraît être, dans ces cas, en faveur de la propagation directe par voie sanguine.

Les quelques observations récentes de syphilis par transfusion sanguine viennent à l'appui de cette théorie.

Expérimentalement, la syphilis d'emblée a été réalisée chez les anthropoïdes, par injection intraveineuse ou sous-cutanée de virus.

On aurait obtenu les mêmes résultats chez le lapin par injection intraveineuse ou intra-cardiaque de virus dont la virulence a été accrue par des passages successifs sur des testicules de lapin.

Les défenseurs de la syphilis sans chancre survenue à la suite de contagion génitale admettent en général deux hypothèses pathogéniques :

1° Il n'y a pas de chancre ;

2° Le chancre existe, mais il est microscopique.

1° *Le chancre est microscopique* :

M. Audry (1) estime que le chancre resterait fixé à la période histologique du début. « Le chancre peut se réduire alors à un groupe de 40 ou 50 cellules plasmatiques et lymphocytaires que rien ne révèlera au porteur et qui suffirait pour constituer une colonie et un centre d'émigration spirochétique. »

L'observation clinique des chancres nains et du petit chancre lymphogranulomateux serait en faveur de cette hypothèse. La muqueuse génitale réagit plus ou moins au germe infectant.

2° *Il n'y a pas de chancre* :

La sclérose initiale fait défaut. Le virus a pénétré immédiatement dans les lymphatiques.

Ici, nous pouvons admettre deux modalités de pénétration de ce virus.

a) Il existe une porte d'entrée. La muqueuse génitale est fragile. La turgescence du gland pendant le coït favorise encore les éraillures ; le virus franchit la muqueuse à travers ces éraillures, sans produire « l'inflammation ulcérative » et gagne les vaisseaux absorbants et les ganglions.

1. Audry et Lechatelier, *Syphilis cryptocarcinique à début ganglionnaire*. *Annales de Dermat. et Syphil.*, p. 305, 1921.

b) Il n'y a pas de porte d'entrée. La muqueuse du gland est indemne. Le virus la traverse directement.

C'est l'hypothèse que Castelnau soutenait contre Ricord. Il apportait pour la défendre les faits d'observation journalière : Les substances les plus diverses peuvent traverser la peau sans la léser (exemple de l'absorption du mercure en frictions. Un chien frotté avec de l'acide arsénieux meurt empoisonné, etc...)

Stassano (1) explique l'absorption du virus à travers la muqueuse indemne par un phénomène phagocytaire.

Il cite les expériences de Storh sur la migration physiologique de leucocytes à travers les muqueuses, et les démonstrations de Metchnikoff à l'égard du caractère phagocytaire de cette migration.

Il conclue ainsi : « Ces expériences répandent une vive clarté sur l'obscure propagation de la vérole par simple cohabitation, par l'imprégnation syphilitique, sans intervention d'une solution de continuité. Les leucocytes extravasés dans le contact érotique infectant englobent les microbes de la syphilis et les entraînent dans la muqueuse indemne. »

Il faut également rappeler un fait important démontré par les expériences de Babès et de Cornet : Le bacille de Koch peut traverser une muqueuse sans laisser de traces et envahir directement le sys-

1. Stassano, *France Médicale*, 1897.

tème lymphatique. Ainsi le bacille traverse la muqueuse intestinale et envahit les ganglions tributaires. De même, on comprend, grâce à cette notion, que le bacille de Koch, hôte fréquent des fosses nasales et de la cavité bucco-pharyngée d'individus bien portants, puisse envahir les ganglions du cou.

Il n'y a aucune raison qui nous autorise à refuser le même pouvoir de pénétration au bacille de Ducrey ou au tréponème.

A ces différentes hypothèses, il faut ajouter l'hypothèse de « la résorption spirochétique ». Ce mode de pénétration du virus aurait lieu dans les cas de chancre mixte dont on connaît la fréquence. Pour MM. Audry et Lechatelier, qui ont soutenu cette théorie, le spirochète pénétrait au niveau et à la faveur d'une autre lésion initiale, le chancre mou, pour infecter les systèmes lymphatique et sanguin. La résorption spirochétique directe et immédiate se ferait par l'intermédiaire des leucocytes appelés pour une autre cause, le bacille de Ducrey.

CONCLUSIONS

1° Parmi les affections de l'aine, il faut isoler les adénites vénériennes sans chancre porte d'entrée.

2° Nous entendons par adénites vénériennes de l'aine sans chancre, les adénites syphilitiques, le bubon chancrelleux, les adénites mixtes dues à la fois au bacille de Ducrey et au tréponème pâle et la maladie de Nicolas-Favre sans chancre.

Ces différentes affections ont une origine vénérienne. Les fuso-spirilles de Vincent et les spirilles, hôtes fréquents de la muqueuse génitale dans les affections vénériennes, peuvent également produire des réactions ganglionnaires qui doivent être envisagées dans le diagnostic des adénites vénériennes.

3° La réalité de ces affections est basée sur des preuves cliniques (observations de malades phobiques et bons observateurs de leur tégument génital) et sur des preuves bactériologiques et sérologiques.

4° Leur symptomatologie est celle des adénites avec chancre. Leur évolution est la même ; seule, l'absence du chancre fait l'intérêt de leur étude et la difficulté de leur diagnostic.

5° Les adénites syphilitiques sans chancre constituent une forme clinique des syphilis décapitées.

Leur étude est d'autant plus intéressante qu'on a longtemps nié la syphilis sans chancre et que le diagnostic des adénites syphilitiques sans chancre doit être exact et précoce en vue du traitement.

6° La lympho-granulomatose inguinale subaiguë est classée parmi les maladies vénériennes depuis les travaux de MM. Nicolas et Favre. D'autre part, l'absence du petit chancre lympho-granulomateux constatée dans plusieurs cas, nous a paru une raison suffisante pour faire rentrer ces cas dans le cadre des adénites vénériennes sans chancre.

7° On ne possède, à l'heure actuelle, aucune précision quant à la pathogénie des adénites sans chancre. Le germe infectant pénètre-t-il à travers la muqueuse saine ou à travers une éraillure ? Y-a-t-il chancre microscopique ? Nous en sommes réduits aux hypothèses que des expériences et des études histologiques délicates pourront, peut-être, vérifier dans la suite.

Vu : le Président de la thèse,
GOUGEROT.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Apers et *Velche*. — De l'importance et des difficultés du diagnostic différentiel de la peste bubonique fruste ou ambulatoire et de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë ou bubon climatique (Office international d'hygiène publique, an. 1927, p. 184).

Audry. — Précis de maladies vénériennes.

Audry et *Lechatelier*. — Syphilis cryptocarnique à début ganglionnaire (Annales de dermato. et syphiligraphie, juillet 1921, p. 304).

Balzer. — Maladies vénériennes (in Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique de Gilbert et Carnot. Paris, 1921).

Bezançon, *Griffon* et *Lesourd*. — Annales de dermato., janv. 1901.

Bory. — A propos de l'étiologie de la maladie de Nicolas-Favre. (Soc. de dermato. et syph., 12 juillet 1928.)

Bouffard. — La lymphogranulomatose inguinale (Ann. de méd. et de pharmacie coloniales, an. 1926, p. 563).

Castelnau. — Annales des maladies de la peau de Cazenave, 1850, t. III.

Cordier. — Notes sur quelques cas de syphilis sans chancre initial (Annales de dermato., an. 1894, p. 1067).

Cozanet. — De la syphilis d'emblée. Th. Bordeaux, 1903-04.

Delbet. — La vaccinothérapie dans la poradénite (Bulletin de l'Académie de médecine, an. 1927, p. 563).

Diday. — Histoire naturelle de la syphilis.

— Observation de bubon chancrelleux d'emblée (in Lyon médical, an. 1873, t. I, p. 226).

Fournier. — Traité de la syphilis, an. 1898, fasc. I.

Gambérini. — Bubons d'emblée (Ann. des mal. de la peau de Cazenave, an. 1850, t. III et IV).

Gaté. — Lymphogranulomatose inguinale subaiguë à foyers purulents intraglandulaires. Th. de Lyon, 1912-1913.

Gaucher. — Le chancre et les syphilides.

Gougerot. — Diagnostic clinique et bactériologique de la sporotrichose (La Clinique, 14 avril 1911).

Gougerot. — Fréquence et importance du chancre mou. Diagnostic du chancre mixte (Paris Médical, 20 avril 1912, nº 21, p. 501).

— Chancre mou, bubons chancrelleux tardifs (Ann. des mal. vénér., nº 8, août 1914, p. 610).

— Bubons chancrelleux sans chancre (Ann. des mal. vén., août, 1915, nº 8, p. 449).

— Bubons chancrelleux chroniques (Ann. des mal. vén., août 1915, nº 8, p. 477).

— Syphilis acquise sans chancre (Soc. Méd. des Hôp., 11 nov. 1921, nº 33, p. 1522 et Ann. des mal. vén., janv. 1922, nº 1, p. 17).

— Chancrello-syphilis sans chancre mixte porte d'entrée (Soc. méd. des Hôp., nov. 1921, nº 33, p. 1526 et Ann. des mal. vénér , janv. 1921, nº 1, p. 9).

— Adénites chancrelleuses, bubons chancrelleux sans chancre, bubons chancrelleux chroniques (Clinique parue in Paris Médical, 6 mai 1916, nº 19, p. 438).

Gougerot et *Fernet* (*P.*). — Syphilis primaires retardées. Echec des traitements prophylactiques trop courts. Moyens d'y remédier (Journal des Praticiens, 29 nov. 1923, nº 52, p. 846).

Gougerot et *Blanco da Silva* (*R.*). — Suppuration ganglionnaire syphilitique (Ann. des mal. vénér., août 1915, nº 8, p. 477).

Hauschell. — Tropical dieseas bulletin, 1929, p. 18.

Imbert. — De l'extirpation des adénites inguinales inflammatoires (Lyon Chirurgical, 1er septembre 1909).

Jeanselme. — Des adénites gommeuses survenant au cours des syphilis secondaire et héréditaire (Pratique méd. franç., juillet 1925).

Joult. — Des lymphangites et adénites tardives. Thèse Paris, 1886-1887.

Jullien. — Traité pratique des maladies vénériennes, 1889. Journée dermatologique de Strasbourg (Bulletin de la Soc. de dermat., juin 1928).

Joltrain — La Peste. Paris, 1921.

Kéchissogloun. — Contribution à l'étude tuberculeuse de l'aine. Th. Paris, 1894.

Lejars. — Le bubon strumeux de l'aine (Leçons de chirurgie, La Pitié, 1893-1894, p. 200).

Lenglet. — Annales de dermato., janv. 1901.

Ley. — Quelques considérations sur les bubons. Th. Paris, 1859.

Mollière. — Observation de bubon chancrelleux d'emblée in Lyon médical, 1873, t. I, p. 226.

Nicolas, Durand et *Favre.* — Lymphogranulomatose inguinale subaiguë (Soc. méd. des Hôp., 31 janv. 1913).

Nicolas, Favre et *Leveuf.* — Lymphogranulomatose opérée : Présence de ganglions iliaques suppurés macroscopiquement semblables aux ganglions inguinaux.

Nicolaü. — Sur un cas d'infection cryptogénétique (Annales de dermato., juillet 1916, t. VI, nº 4, p. 186).

Nicolle. — Recherches sur le chancre mou (Th. Paris, 1893).

Phylactos. — Lymphogranulomatose des ganglions inguinaux. Ulcère vénérien adénogène ; ses rapports avec le bubon climatique. Th. de Lyon, 1921-1922.

Ravaut et *Scheikevitch.* — Adénite inflammatoire de la région inguinale (Méd. des hôp., 1921, p. 310).

Ravaut. — Le traitement de l'affection dite « lymphogranulomatose inguinale subaiguë » par les injections d'émétine (Méd. des hôp., 10 juin 1921).

Raybaud. — Adénite inguinale à tétragènes (Marseille médical, 1912, p. 337).

Reboul. — Des adénites vénériennes. Th. Paris, 1857.

Ricord. — Leçons sur le chancre rédigé par Fournier.

Rio. — Les formes ambulatoires de la peste. Th. Paris, 1921.

Rollet. — Des complications du chancre simple (Traité des mal. vénér., fasc. I, an 1865).

Stassano. — Vues nouvelles sur la syphilis (France médicale, 1897).

Spillmann et *Morel.* — Syphilis d'emblée par transfusion (Soc. dermato., mai 1926 (Voir également : Annales des mal. vén., mars 1929).

Tanon et *Cambassedès.* — Les formes liminaires de la peste et la question du bubon climatique (Revue de méd. et d'hy. tropicale, 1923).

Teissier, Tanon et *Gastinel.* — Remarques sur l'épidémie de peste observée à l'Hôpital C.-Bernard (Soc. méd. des hôp., 11 février 1921.)

Verchère. — Syphilis d'emblée (Congrès international de médecine tenu à Rome en 1894).

Waelch. — Syphilis d'emblée et syphilis professionnelle chez les médecins (Annales de dermat., 1910, p. 98).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
1° Introduction	11
2° Historique	13
3° Anatomie des ganglions de l'aine	22
4° Observations	24
a) Bubons chancrelleux sans chancre	24
b) Adénite inguinale classique sans chancre	28
c) Syphilis sans chancre à bubon suppuré syphilitique	30
d) Chancrello-syphilis sans chancre mixte porte d'entrée	33
e) Lymphogranulomatose inguinale subaiguë sans chancre	35
5° Critique des observations	37
6° Etude clinique et bactériologique des adénites vénérienne sans chancre	42
a) Bubons chancrelleux sans chancre	42
b) Adénites syphilitiques et adénites mixtes sans chancre	47
c) La maladie de Nicolas-Favre	52
7° Diagnostic différentiel	58
8° Pathogénie	72
9° Conclusions	77
10° Bibliographie	79

761. — Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 2-30